Nr 14. Kraków, 6. kwietnia 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

Rok LVII. Kraków, 6 kwietnia 1918 Nr. 14

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego Nr 1. we Lwowie.
(Kierownik: **Dr J. Rothfeld**).

O zachowaniu się wśródpęcherzowego ciśnienia w warunkach prawidłowych i przy zaburzeniach pęcherza moczowego, powstałych na tle przeziębień.

Podali
Dr F. Stavianiček, Dr J. Rothfeld i S. Sümegi.

Każdemu lekarzowi wojskowemu znane są dostatecznie trudności, na jakie się napotyka przy badaniu przypadków z nocnem moczeniem mimowolnem, a w szczególności, kiedy chodzi o wykluczenie udanej choroby. Trudności polegają głównie na tem, że nie posiadamy żadnych pewnych przedmiotowych objawów tego cierpienia i że opowiadania chorego nie są dostępne bezpośredniemu badaniu. Jedynym pewnym objawem jest ściekanie moczu kroplami, czego zdrowy człowiek nie może udawać; objaw ten nie jest jednak stałym i często brak go nawet w cięzkich i uporczywych przypadkach. Niektórzy autorowie opierają się przy badaniu tego rodzaju przypadków na objawach ogólnego zwyrodnienia cielesnego, a mianowicie na objawach, podanych przez Fuchsa 1) dla wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego, a objętych nazwą myelodysplazyi: rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida), blizny nad kością krzyżową i ogonową, znamiona barwikowe, płetwowate zrośnięcie palców u nóg, różnice w odruchach skórnych i ścięgnistych i t. d. Zwracano także uwagę na nieprawidłowości w budowie czaszki, na który to szczegół zwrócił uwagę Ullmann; nadto badano pęcherz moczowy cystoskopowo, przy czem szczególną wagę kładziono na beleczkowaty przerost wypieracza moczu (detrusor) (Trembur 2), Scharnke 3), Blum 4), Ullmann 5), Juliusberg i Stetter 6).

Zachodzi pytanie, czy można na podstawie tych objawów z całą pewnością stwierdzić rzeczywiście istniejące zaburzenia pęcherzowe i czy brak tych objawów wyklucza chorobę. Na pierwsze pytanie można tylko wtedy dać potwierdzającą odpowiedź, jeżeli znajdziemy wyraźny beleczkowaty przerost wypieracza, to jest zmianę, której się w prawidłowym pęcherzu nie znajduje. Inne objawy, jak rozszczepienie kręgosłupa, nieprawidłowości w budowie czaszki i inne znamiona degeneracyjne, nie są w przypadkach nocnego moczenia stałymi objawami i mogą się też zdarzać u ludzi, którzy na mimowolne moczenie nocne »sensu strictiori« nigdy nie cierpieli, a zaburzeń pęcherzowych nabyli dopiero jako dorośli, skutkiem działania zimna, po urazie, lub w następstwie chorób zakaźnych. Rothfeld 7) wykazał na większym materyale, że rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta) zdarza się tylko w 37% przypadków wrodzonego, a w 23% przypadków nabytego mimowolnego moczenia; nieprawidłowości w budowie czaszki znalazł w 16·6% wrodzonych i 19·9% nabytych zaburzeń pęcherzowych. Wyniki tych badań przemawiają za tem, że zarówno rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta) jakoteż nieprawidłowości w budowie czaszki nie są właściwością jedynie wrodzonego moczenia mimowolnego, ale mogą się także zdarzyć u ludzi przedtem zupełnie zdrowych. Co się tyczy wyników badań cystoskopowych, to Rothfeld wykazał na materyale, cystoskopowanym przez Prof. O. Zuckerkandla i lek. sztab. Stavianička, że tylko w małym odsetku przypadków znajdują się wyraźne zmiany na błonie śluzowej pęcherza; tylko w 5·6% przypadków wrodzonych i 6·1% przypadków, nabytych skutkiem zimna, stwierdził wyraźny przerost beleczkowaty wypieracza. W 24·5% względnie w 22·4% znalazł zaznaczony beleczkowaty przerost mięśnia wypieracza, zmiany tak nieznaczne, że często ledwie przekraczały granice fizyologicznych stosunków; w 59·5% wrodzonej a 55·2% nabytej niedomogi pęcherzowej obrazy cystoskopowe były zupełnie prawidłowe (w 9·4% względnie 16·3% przypadków stwierdzono znaczniejsze nastrzykanie w trójkącie Lieutauda). Powyższe dane wykazują, że tylko w małej liczbie przypadków znajdujemy przedmiotowe objawy i że brak tych objawów nie wyklucza jeszcze rzeczywiście istniejącej niedomogi pęcherzowej.

Wobec tego stanu rzeczy staliśmy nieraz bezradni, kiedy należało odpowiedzieć na pytanie, czy nocne moczenie mimowolne i objawy opisywane przez chorego są istotnie wynikiem stanu chorobowego, czy też są udane; nie mogliśmy często znaleźć przedmiotowych objawów chorobowych, ale nie mogliśmy zarazem wykluczyć symulacyi. Wobec tego wydawało się nam koniecznem wyszukać sposób badania, któryby nas boidaj w przybliżeniu pouczył o sprawności pęcherza moczowego umożliwił kontrolę twierdzeń chorego. Zachęceni badaniami Schwarza 8) wybraliśmy manometryczne oznaczanie ciśnienia wśródpęcherzowego, gdyż spodziewaliśmy się, iż na tej drodze dojdziemy do bliższego zrozumienia patogenezy zaburzeń pęcherzowych, powstałych na tle przeziębień. Posługiwaliśmy się przy tem metodą, opisaną w podręczniku Frankl Hochwarta i Zuckerkandla, a polegającą na tem, że cewnik, wprowadzony do pęcherza moczowego, łączy się raz z natryskiwaczem, napełnionym 3% kwasem borowym, drugi raz z manometrem wodnym. Badania te przeprowadziliśmy najpierw na 20 zdrowych ludziach. Wprowadzaliśmy do pęcherza po 100 cm^3 3% kwasu borowego i za każdym razem odczytywaliśmy parcie na manometrze. Po wypełnieniu pęcherza ilością płynu, którą chory mógł bez bolu jeszcze znieść, wypuszczaliśmy płyn stopniowo po 100 cm^3 i odczytywaliśmy znowu ciśnienie na manometrze; tak więc odróżnialiśmy 2 okresy: okres napełniania płynem i okres opróżniania pęcherza. Przy napełnianiu pęcherza płynem stwierdziliśmy u człowieka zdrowego następujące zachowanie się ciśnienia wśródpęcherzowego. W chwili, kiedy łączymy przez odpowiednie ustawienie kurka pęcherz z manometrem, słup wody w manometrze nagle się podnosi i następnie obniża się powoli do pewnej wysokości. Ponieważ zauważyliśmy, że te wahania słupa nie są zawsze jednakowe, zapisywaliśmy obie wartości, t. j. najwyższe wzniesienie słupa wody i najniższe jego ustawienie. Pokazało się, że im więcej płynu wprowadziliśmy do pęcherza i im silniejsze było parcie na mocz, tem bardziej obniżał się nagle ku górze wyparty słup wody w manometrze; najwyższa i najniższa wartość wprawdzie stale wzrastały w miarę wypełniania pęcherza, jednak nie w tym samym stopniu, jak to widać na krzywej, uzyskanej przy badaniu pęcherza prawidłowego (ryc. 3).

To zachowanie się ciśnienia, które stwierdziliśmy u ludzi prawidłowych, tłumaczymy sobie w ten sposób, że na wprowadzenie pewnej ilości płynu wypieracz moczu oddziaływa skurczem, po którym następuje zwolnienie tego mięśnia; skurcz uwidocznia się na manometrze szybkiem wzniesieniem się słupa wody, rozkurcz zaś stopniowem jego obniżaniem się aż do pewnego minimum. Jako właściwe ciśnienie wśródpęcherzowe należy uważać tę dolną granicę, t. j. wartość, na której słup wody się zatrzymuje; górna granica bowiem, to nagłe wzniesienie się słupa wody, jest właściwie tylko wynikiem odruchu na płyn

z zewnątrz wprowadzony. Podobnie, jak wprowadzenie płynu z zewnątrz nie odpowiada zjawiskom fizyologicznym, tak samo nie zdarza się w warunkach prawidłowych skurcz mięśnia wypieracza w czasie wypełniania się pęcherza moczem; skurcz ten następuje dopiero w chwili, kiedy się zjawia parcie na mocz. Jak wiadomo, pęcherz moczowy rozciąga się w miarę wzrastającej ilości moczu i w ten sposób zwiększa swą objętość. Dolna granica ciśnienia wśródpęcherzowego, którą odczytujemy na manometrze, odpowiada właśnie fizyologicznemu rozciąganiu się pęcherza, który się tem więcej rozciąga, im więcej płynu wprowadzamy. Pęcherz prawidłowy wykazuje mianowicie dążność do zachowania swej zawartości, dopóki to jest możliwe; uwidocznia się to na manometrze w ten sposób, że przy znaczniejszem wypełnieniu pęcherza i przy wzrastającem parciu na mocz, skurcze wypieracza są wprawdzie coraz silniejsze, jednak rozkurcze — rozciąganie się pęcherza — są coraz wydatniejsze, tak że różnica między najwyższą i najniższą granicą parcia staje się coraz większa.

Charakterystycznem zatem dla okresu wypełnienia pęcherza moczowego płynem jest coraz bardziej rosnące ciśnienie wśródpęcherzowe i coraz większe różnice między najwyższą i najniższą wartością ciśnienia.

Przy wypuszczaniu płynu z pęcherza moczowego badaliśmy również najwyższą i najniższą wartość parcia po każdych 100 cm³ płynu. Początkowe parcie nagle opada aż do chwili, w której chory traci uczucie parcia na mocz, potem ciśnienie wśródpęcherzowe obniża się stopniowo. Dopóki chory odczuwa parcie na mocz, dopóty możemy na manometrze odczytać 2 wartości, t. zn., że słup wody nagle się podnosi, a potem się obniża i na tym poziomie zostaje. Z chwilą kiedy parcie na mocz znikło, otrzymujemy na manometrze tylko jedną wartość, gdyż słup wody podnosi się do pewnej wysokości i na tej się zatrzymuje. Ciśnienie wśródpęcherzowe jest takie samo w chwili utraty, co przy zjawieniu się parcia na mocz; również i ilość płynu jest w obu przypadkach taka sama [1]).

U zdrowego człowieka zjawia się zatem i znika parcie na mocz przy tem samem ciśnieniu wśródpęcherzowem i przy tej samej ilości płynu. Tylko wyjątkowo zdarza się, że parcie na mocz znika już po wypuszczeniu bardzo nieznacznej ilości płynu, jednak i wtedy ciśnienie wśródpęcherzowe spada równocześnie do tej wartości, przy której parcie na mocz wystąpiło [2]). Inne, wyjątkowe zachowanie się ciśnienia wśródpęcherzowego spotykaliśmy u jednego człowieka zdrowego: ciśnienie wśródpęcherzowe pozostało dopóty na tej samej wysokości i uczucie parcia na mocz nie znikło dopóty, aż nie wypuściliśmy płynu do tej ilości, przy której wystąpiło parcie na mocz [3]). Te dwie możliwości należą jednak do rzadkich przypadków. Dla łatwiejszego przeglądu podajemy zestawienie, w którem uwidocznione są: pojemność pęcherza, wysokość ciśnienia wśródpęcherzowego w chwili zjawienia się i utraty parcia na mocz.

Jak się zachowuje pęcherz moczowy w stanach chorobowych przy badaniu manometrycznem? Zbadaliśmy dotąd 35 przypadków ze wzmożonem parciem na mocz, (pollakisuria) z fałszywą inkontynencyą i nocnem moczeniem. Każdego chorego badaliśmy po kilka razy, co 6—7 dni i w ten sposób mogliśmy śledzić przebieg i zmiany w zachowaniu się ciśnienia wśródpęcherzowego w czasie poprawy lub przy pogarszaniu się sprawy chorobowej; te badania dały nam też możność kontrolowania twierdzeń chorego i porównywania ich z wynikiem badań manometrycznych.

Pojemność pęcherza	Ciśnienie wśródpęcherzowe		Zawartość pęcherza	
	przy zjawieniu się parcia na mocz	przy znikaniu parcia na mocz	przy zjawieniu się parcia na mocz	przy znikaniu parcia na mocz
550	14—12	10	400	400
600	17—15	—	400	—
650	12—10	7	600	550
800	16½—15	14½	500	450
650	14½—13	12	400	200
650	10—9	—	400	—
650	8½—7½	8	400	550
700	8½—6½	6	500	550
450	10½—8	—	300	—
650	18—13	16	400	550
700	15—7	6	200	350
750	13—9½	12	600	650
400	6—4	4	200	300
650	14½—10½	10½	400	425
550	20—10	10½	500	400
350	10½—8	8½	200	300
700	8—7	5	550	600
750	10½—8	8	600	650

W stanach chorobowych spotykamy zboczenia od stanu prawidłowego bądź to w okresie wypełniania pęcherza płynem, bądź to w czasie wypuszczania płynu z pęcherza moczowego, co zależy od nasilenia objawów chorobowych i od okresu chorobowego, w którym chorego badamy. Za pierwszy okres chorobowy można uważać następujący stan: Pęcherz daje się wypełnić tylko małą ilością płynu, 200—300 cm³, poczem chory odczuwa znaczne parcie na mocz tak, że często wypiera słup wody z rurki manometrycznej. To zachowanie się spotykamy najczęściej w przypadkach całkiem świeżych, dotąd nie leczonych. W dalszym okresie — a ten widzimy najczęściej, — pojemność pęcherza jest znacznie większa, 500—600 cm³; jednak po wprowadzeniu każdych następnych 100 cm³ występują znaczne wahania słupa wody w manometrze. Gdy w warunkach prawidłowych słup wody nagle się podnosi i następnie do pewnego poziomu się obniża i na tym poziomie potem pozostaje, to tu widzimy znaczniejsze wzniesienie się słupa wody, a więc znaczniejsze ciśnienie, po którem następuje znaczny spadek, co wielokrotnie się powtarza tak, że nie dochodzi do spokojnego ustawienia się słupa wody. Z powodu tych wahań nie można też oznaczyć dolnej granicy ciśnienia, t. j. właściwego ciśnienia wśródpęcherzowego. Po wypełnieniu pęcherza do możliwej granicy i po wypuszczeniu małej ilości płynu, n. p. 100 cm³, parcie zwyczajnie nie opada, ale przeciwnie wzrasta, przyczem znowu występują wahania słupa wody w manometrze, które ustają dopiero w chwili, kiedy chory traci parcie na mocz, w miarę stopniowego wypuszczania płynu. Od tej chwili ciśnienie wśródpęcherzowe opada stopniowo bez wahań. W porównaniu z pierwszym okresem oznacza to zachowanie się przy badaniu manometrycznem pewną poprawę stanu chorobowego, gdyż pęcherz daje się wypełnić znaczniejszą ilością płynu; jako objaw chorobowy uważać należy owe wahania słupa wody w manometrze, które występują zarówno w okresie wypełniania, jak i opróżniania pęcherza (ryc. 1).

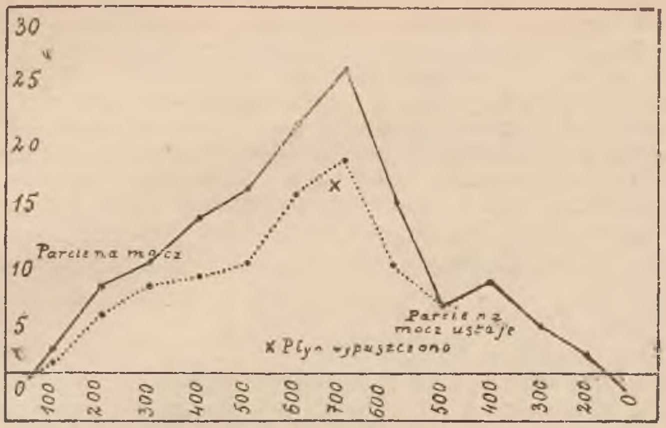
Dalsza poprawa zaznacza się przez prawidłową pojemność pęcherza i przez prawidłowe zachowanie się ciśnienia wśródpęcherzowego w czasie wypełniania pęcherza płynem, a więc brakiem owych wahań słupa wody w manometrze, które występują dopiero przy wypuszczeniu płynu z pęcherza moczowego (ryc. 2). Przy dalszej poprawie stanu chorobowego znikają i te wahania tak, że krzywa, nakreślona na podstawie badań manometrycznych, jest zupełnie prawidłowa (ryc. 3).

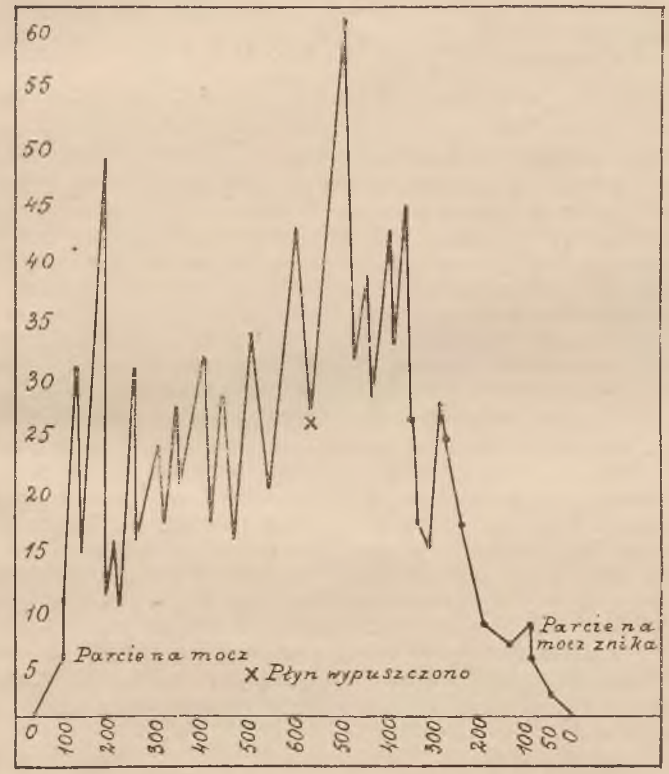
---

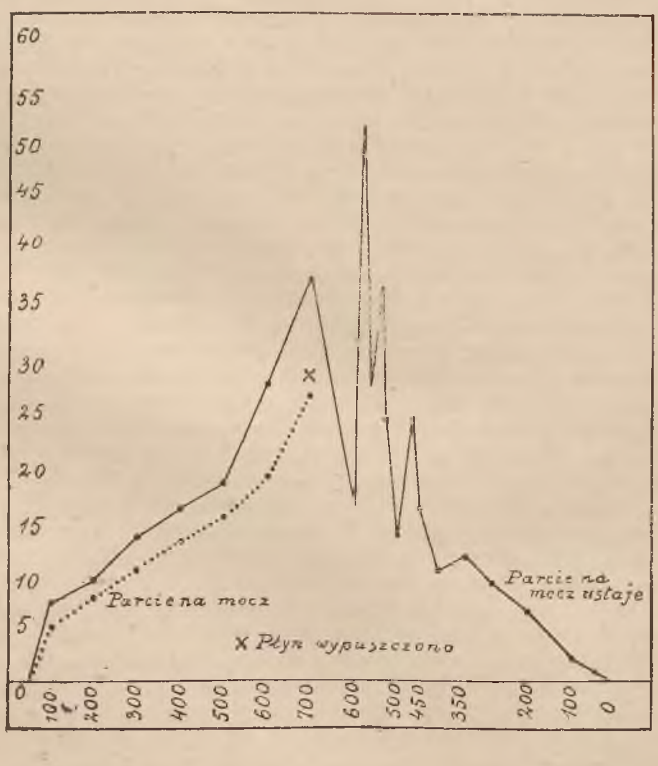
[1]) N. p.: Ciśnienie wśródpęcherzowe wynosi w chwili zjawienia się parcia na mocz: maximum 21, minimum 17 cm. słupa wody, przy ilości 450 cm³ płynu; w chwili kiedy badany traci parcie na mocz, wynosi ciśnienie 17 cm słupa wody, a w pęcherzu znajduje się około 450 cm³.

[2]) N. p.: Parcie na mocz zjawia się przy 350 cm³ płynu, ciśnienie wśródpęcherzowe wynosi 19 cm słupa wody (najniższa wartość); po wypełnieniu pęcherza n. p. do 600 cm³ wody wystarczy wypuścić 75 cm³ płynu, aby parcie na mocz znikło; ciśnienie wśródpęcherzowe wynosi 19 cm słupa wody.

[3]) N. p.: Parcie na mocz zjawiło się przy 400 cm³ płynu, i przy ciśnieniu 12 cm słupa. Mimo wypuszczania płynu ciśnienie wśródpęcherzowe dopóty utrzymywało się na wysokości = 25 cm słupa wody, aż zawartość pęcherza nie obniżyła się do 400 cm³ płynu; wtedy badany stracił nagle parcie na mocz, a ciśnienie wśródpęcherzowe spadło nagle do 12 cm słupa wody.







Równocześnie z tą przedmiotowo stwierdzoną poprawą ustępują objawy podmiotowe, częstość oddawania moczu zmniejsza się, chory może lepiej zatrzymać mocz w chwili zjawienia się parcia na mocz, a nocne moczenie powoli ustępuje.

Przebieg ten nie jest jednak regułą; w przypadkach uporczywych widzimy stale utrzymujące się podwyższenie ciśnienia wśródpęcherzowego tak, że nietylko słup wody bywa wypierany z rurki manometrycznej, ale równocześnie płyn wycieka z cewki moczowej obok cewnika. Wprawdzie zdarza się i u zdrowego człowieka, że płyn, wprowadzony pod znacznem parciem do pęcherza moczowego, zostaje wyparty obok cewnika (Genouvile, Rehfisch), przy naszem jednak urządzeniu, przy którem parcie, pod którem wprowadziliśmy płyn, było nieznaczne — (natryskiwacz wisiał około 1 mtr. ponad poziomem pęcherza) — nie spostrzegliśmy u człowieka zdrowego nigdy tego objawu, mimo żeśmy wprowadzali nieraz 600—800 cm³ do pęcherza. Wobec tego uważamy powyższy objaw wypierania płynu obok cewnika za objaw chorobowy, jako wyraz wzmożonej pobudliwości pęcherza, przy której wystarczy już stosunkowo nieznaczne parcie wprowadzonego płynu do wywołania nieprawidłowego odczynu, t. j. podwyższenia ciśnienia wśródpęcherzowego i wypierania płynu obok cewnika.

Najważniejszymi objawami zatem, które wykazujemy przy pollakisuryi z fałszywą inkontynencyą zapomocą badań manometrycznych, są owe wahania ciśnienia wśródpęcherzowego zarówno w czasie wypełniania, jakoteż opróżniania pęcherza; przy polepszaniu się znikają najpierw wahania w czasie wypełniania pęcherza płynem, potem dopiero przy opróżnianiu pęcherza. W przypadkach wyzdrowienia otrzymujemy jako ostateczny wynik badań manometrycznych albo zupełnie prawidłową krzywą, albo stale utrzymujące się wysokie parcie z nagłym spadkiem ciśnienia przy wypuszczaniu płynu z pęcherza.

Wahania w czasie wypełnienia i opróżnienia pęcherza świadczą o nadmiernem napięciu (hypertonus) mięśnia wypieracza, na co wskazał także Schwarz. Gdy w warunkach prawidłowych wypieracz oddziaływa na wprowadzoną ilość płynu jednorazowym skurczem i następowym rozkurczem, to w przypadkach wyżej omówionych występuje cały szereg skurczów tego mięśnia, wypieracz popada w stan kloniczny. W czasie wypuszczania płynu z pęcherza prawidłowego wypieracz utrzymuje się w stałym skurczu dopóty, aż płyn nie zostanie zupełnie wyparty, przytem ciśnienie wśródpęcherzowe zaczyna opadać zwyczajnie po wypuszczeniu już nieznacznej ilości płynu. W naszych zaś przypadkach występuje cały szereg skurczów wypieracza, co uwydatnia się na manometrze znacznemi wahaniami słupa wody. Te objawy, stale przez nas spotykane przy pollakisuryi z fałszywą inkontynencyą, uprawniają nas do wniosku, że cały obraz chorobowy jest wyrazem hypertonii wypieracza, przyczem odruchowe zwolnienie napięcia zwieracza pęcherza w chwili zjawienia się parcia na mocz umożliwia nagłe wylanie się moczu. Że napięcie zwieracza jest przy tem prawidłowe i że w niedomodze tego mięśnia należy szukać istoty zaburzeń pęcherzowych w tych przypadkach, za tem przemawia fakt, iż w przeważnej ilości przypadków chorzy zatrzymują dobrze wprowadzoną ilość płynu mimo wahań ciśnienia, widocznych na manometrze. Za tem przemawia także fakt, że przy wprowadzeniu cewnika zwieracz pęcherza stawia prawidłowy opór.

Zaległości w pęcherzu nie znajdowaliśmy w żadnym przypadku, również i pojemność pęcherza była prawidłowa. Przerosbeleczkowaty błony śluzowej pęcherza stwierdziliśmy tylko w pet wnej części przypadków, a brak go było nawet w przypadkach, które wykazywały wyraźnie objawy hypertonii wypieracza, tak że na podstawie tych danych trudno nam przyłączyć się zarówno do zdania Fuchsa i Grossa 9), którzy mówią o »stężeniu pęcherza« (Blasenstarre), jak do zdania Bluma o »atonicznej inkontynencyi«. W przeciwstawieniu do Bluma musimy zaznaczyć, że w przypadkach pollakisuryi z fałszywą inkontynencyą nie stwierdziliśmy ani razu nizkiego ciśnienia wśródpęcherzowego bez względu na obecność beleczkowatego przerostu wypieracza, tak że związek między przerostem wypieracza a zachowaniem się ciśnienia wśródpęcherzowego jest wątpliwy.

Zdaniem naszem istota zaburzeń pęcherzowych w przypadkach pollakisuryi z fałszywą inkontynencyą, powstałych na tle zimna, polega na wzmożonej pobudliwości wypieracza, do którego przyłącza się z czasem odruchowe rozwarcie się zwieracza w chwili zjawienia się parcia na mocz; przy dalszem pogarszaniu się sprawy chorobowej występuje

zwiotczenie (atonia) zwieracza, którego wyrazem jest ściekanie moczu kroplami.

Manometryczne oznaczania ciśnienia wśródpęcherzowego umożliwiają nam, jak z powyższych badań wynika, analizę zaburzeń pęcherzowych; w ciśnieniu wśródpęcherzowem posiadamy zatem przedmiotowy objaw, na podstawie którego możemy do pewnej granicy kontrolować twierdzenia chorego. Jest to ważne zwłaszcza w tych przypadkach, w których mamy rozstrzygnąć, czy badany istotnie cierpi na niedomogę pęcherza moczowego, lub czy chorobę udaje. Badania nasze, przeprowadzone kilka razy na jednym i tym samym człowieku zdrowym, dały wynik zawsze ten sam, tak co do pojemności pęcherza, wysokości ciśnienia wśródpęcherzowego, jak i co do czasu zjawienia się parcia na mocz. To samo stwierdziliśmy w przypadkach chorobowych, w których stan się nie poprawiał, a chorzy skarżyli się ciągle na te same dolegliwości; w kilkudniowych odstępach przeprowadzane badania manometryczne dawały te same wyniki, tak że krzywe nakreślone były zupełnie jednakie. W takich przypadkach chorobowych, w których stan się nie poprawia, a kilkakrotne badania wykazują to samo zachowanie się ciśnienia wśródpęcherzowego, możemy napewne wykluczyć udawanie choroby. Jeżeli nawet przyjmiemy, że badany może dowolnie wprowadzony płyn wypierać z pęcherza i skutkiem tego odczytujemy na manometrze zwiększone ciśnienie, dalej że badany fałszywie podaje czas zjawienia się lub ustania parcia na mocz, to wydaje nam się niemożliwem, aby ktoś po kilkudniowej przerwie potrafił sztucznie robić zupełnie to samo, tem bardziej, że chory nie wie, w jakim celu przeprowadza się badanie, a nie znając sposobu badania, nie wie, jak się ma zachować, aby lekarza w błąd wprowadzić. Zaletą tego sposobu badania jest to, że nie jesteśmy zależni od twierdzeń chorego; wymagamy jedynie od niego, aby nam podał chwilę zjawienia się parcia no mocz. I tu mamy możność kontrolowania tego podmiotowego objawu w ten sposób, że wypuszczamy płyn i napełniamy pęcherz ponownie; Mosso i Pellacani wykazali bowiem, że u tego samego osobnika występuje parcie na mocz zawsze przy tem samem ciśnieniu wśródpęcherzowem.

Piśmiennictwo. 1) W. m. W. 1909. Nr. 27; 2) Med. Klinik. 1913. Nr. 37; 3) Arch. f. Psych. Nr. 53. 1914; 4) W. kl. W. 1915. Nr. 35. 1917. Nr. 34; 5) W. kl. W. 1916. Nr. 38—40; 6) Berl. kl. W. 1917. Nr. 11; 7) W. kl. W. 1917. Nr. 43—45. i Przegl. lek. 1917; 8) W. kl. W. 1915. Nr. 39; 9) W. kl. W. 1916. Nr. 47.

Słowo w rozprawach o organizacyi nauki medycyny na uniwersytetach polskich.

Napisał

Prof. dr. **M. W. Herman**.

Szanując szczupłość miejsca w »Przeglądzie«, przystępuję wprost do rzeczy i wyrażać się będę zwięźle.

Przygotowanie do studyów lekarskich rozpocząćby należało już w szkole średniej, odpowiednio zreformowanej.

Każdy w Polsce, bez względu na płeć, ukończyć powinien szkołę normalną, odpowiadającą obecnej szkole ludowej i niższej szkole średniej. Następujący po tych ośmiu latach nauki bardzo ścisły egzamin oddzielić powinien młodzież rzeczywiście uzdolnioną do dalszej pracy intelektualnej od mniej uzdolnionej. Dla młodzieży mniej uzdolnionej otworzyćby należało liczne i różne szkoły zawodowe. Do szkoły średniej cztero-klasowej, przygotowującej do studyum uniwersyteckiego, mieliby wstęp tylko ci, którzy przetrzymali próbę pierwszego egzaminu. W pierwszym roku nauki należałoby pogłębić wykształcenie ogólne, nabyte w szkole normalnej, a przedewszystkiem zoryentować się w rodzaju uzdolnienia intelektualnego każdego ucznia, gdyż po tej jednorocznej obserwacyi i po konferencyi z opiekunami ucznia, jednych kształcić się będzie przeważnie w kierunku humanistycznym, drugich w przyrodniczym. Przyszli lekarze rekrutowaliby się oczywiście z tych drugich. A ci w czasie swej trzyletniej nauki w szkole średniej w takim stopniu obznajomiliby się z zoologią, botaniką, mineralogią, biologią, fizyką i chemią, że na uniwersytecie przejśćby mogli bezpośrednio do studyów nad zdrowym i chorym człowiekiem i nad sztuką uzdrawiania.

Student, odpowiednio uzdolniony i przygotowany, ogarnie całokształt nauki lekarskiej w trzech okresach, a dziesięciu półroczach, o ile każde półrocze trwać będzie po $4^1/_2$—5 miesięcy (cf. Browicz i Mars). Okres I, poświęcony fizyologicznym warunkom ustroju, obejmuje naukę normalnej anatomii (opisowej i topograficznej), histologii, fizyologii, chemii (t. z. fizyologicznej), oczywiście z odpowiedniemi ćwiczeniami, embryologii, propedeutyki i historyi medycyny. Obowiązkowe wykłady w tym pierwszym okresie studyów możnaby rozłożyć następująco:

I i II półr.	Fizyol.	Ćwicz. fizyol.	Histol.	Ćwicz. histol.	Anatom opis.	Prosekt.	Hist. med.
III półr.	Chemia fizyol.	Chem. Pracow.	Embryol.	Anatom. topograf.	Prosekt.		

W II okresie studyów, poświęconym patologii, student znów w trzech półroczach wysłuchaćby musiał patologiczną anatomię, histologię i fizyologię, bakteryologię, farmakologię, radiologię, higienę, naukę o klinicznych sposobach badania t. z. klinikę propedeutyczną (prof. Mars) i naukę o pielęgnowaniu chorych (hypurgię). Rozkład zajęć w tym okresie studyów przedstawiałby się następująco:

IV i V półr.	Anat. pat.	Sekc.	Hist. pat.	Pat. ogln.	Ćwicz. pat. ogl.	Farmak.	Higiena
VI półr.	Anat. pat.	Sekc.	Klin. propedt.	Hypurgia.	Radiol.	Bakter.	

W klinice propedeutycznej student zapoznać się powinien praktycznie i na zdrowym człowieku ze sposobami badania, używanymi w klinikach. Oswoićby go należało nawet z prawidłowym obrazem cystoskopowym i wziernikowym dna oka. Z hypurgią zaś zapoznać się powinien na razie teoretycznie. To mu ułatwi zrozumienie niejednego szczegółu, zauważanego w klinice. Poza tem sądzę, że przy uniwersyteckich wydziałach lekarskich i w związku z nimi zorganizowaćby należało wzorowe szkoły pielęgniarek (wykłady teoretyczne i praktyka w klinikach).

Okres III, kliniczny, trwa oficyalnie cztery półrocza i obejmuje wszystkie kliniki i naukę medycyny sądowej. Przejście z jednego okresu studyów na drugi możliwe jest dopiero po złożeniu egzaminu z wysłuchanych przedmiotów. Egzamin I składa student w jednym dniu w ostatnich tygodniach III wzgl. w pierwszych IV półrocza. Tak samo egzamin II na końcu VI lub na początku VII półrocza. Egzamin III kliniczny rozpocząć można dopiero po uzyskaniu absolutoryum. Zdawać można przedmioty pojedynczo i w dowolnym czasie i porządku.

Student, który z pomyślnym wynikiem złożył wszystkie trzy egzamina, otrzymuje tytuł lekarza i prawo do praktyki. Lekarz uzyskać może stopień doktora po złożeniu pewnych dowodów aspiracyi naukowych.

Kliniki powinny być tak urządzone, aby kształciły praktycznych lekarzy i dbały o rozwój nauki i sztuki w nich pielęgnowanej. Naukowa praca w klinikach nie jest tylko »obowiązkiem moralnym, tradycyjnie do stanowiska przywiązanym«, ale u nas i obowiązkiem patryotycznym. Profesorowie Rydygier i Mars opisali, jakby chcieli mieć swoje kliniki urządzone. O ile profesorowie pozostałych siedmiu klinik zażądają podobnego uposażenia swych zakładów, — a nie widzę powodu, dlaczegoby mieli być mniej wymagający, — wyniknąłby stąd niemały koszt i ogromne zapotrzebowanie t. z. asystentów naukowych. Sprawa może uprościłaby się, gdyby kliniki poprzestały na skromniej założonych pracowniach mikroskopowo-chemiczno-bakteryologicznych, a pozostałe »nadwyżki« oddały na utworzenie centralnego Instytutu medycyny doświadczalnej. Instytut taki, bogato wyposażony i udotowany, miałby na czele profesora-kierownika, nie obowiązanego do systematycznych wykładów, wspieranego sztabem równie jak i on uczonych adjunktów, a pozostającego w żywej łączności ze wszystkiemi klinikami za pośrednictwem asystentów tychże klinik, do Instytutu na pewien okres czasu delegowanych. Wzajemna krytyka, wzajemne wspieranie się radą i czynem, ciągła kontrola eksperymentu na chorym człowieku, wydaćby powinny duże wyniki naukowe.

Pewne zaś, choć nieduże doświadczenie, jakie zdobyłem, pomagając od lat w miarę sił i możności w nauczaniu chirurgii, mogę streścić w tem, że student współczesny unika wykładów teoretycznych z przedmiotów praktycznych. Chętniej uczęszcza choćby na kurs zakładania opasek, niż na wykład, omawiający ściśle naukowo nawet najaktualniejsze zagadnienia, lecz w sposób ściśle teoretyczny. Dla docentów zaś, nie rozporządzających choćby bardzo skromnym warstatem, ale własnym, urządzenie wykładów praktycznych natrafia na ogromne trudności. Z czasem rozluźnią się, choćby najściślejsze, węzły z kliniką macierzystą i ustaje możność pracy nauczycielskiej i naukowej. I wbrew

woli, chęci i zamiarom t. zw. »uczony« staje się tylko »utytułowanym konkurentem« lekarza-praktyka. Więc w interesie powagi naszej nauki należałoby nietylko w odpowiednim przypadku »drzwi świątyni nauki zatrzasnąć«, lecz także nie otwierać ich zbyt szeroko przed tymi, którym brak odpowiedniego warsztatu uniemożliwia ciągłą pracę naukową.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 30 stycznia 1918.

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych 92.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia podaje prezes do wiadomości, 1) że Stowarzyszenie »Czerwony krzyż« nadesłało na jego ręce 50 egzemplarzy pierwszego numeru pisma »Walka o zdrowie« do rozdania między uczestników zebrania z prośbą o poparcie przedsięwzięcia i rozpowszechnienie pisma, 2) że na wezwanie Towarzystwa higienicznego warszawskiego wybrał Komitet delegatem na konferencyę, mającą się odbyć w Warszawie 24. lutego w sprawie »Państwowej i społecznej organizacyi walki z chorobami wenerycznemi w okresie demobilizacyi« kol. prezesa Krzyształowicza; o ile uzyskanie paszportu będzie możliwe, prezes weźmie udział w powyższej konferencyi.

II. Kol. prof. dr. Rosner wygłosił wykład p. t.: **O tak zwanej konstytucyi płciowej kobiety.** (Wykład w całości ogłoszony będzie drukiem).

Dyskusya:

1) Kol. prof. Godlewski wyraża zdanie, że w wykładzie prof. Rosnera mamy jeden z przykładów biologicznych bardzo pięknie ujętych zjawisk korelacyjnych ustrojów. Cały szereg cech morfologicznych i fizyologicznych, wziętych na uwagę przez prof. Rosnera, stoi tutaj w korelacyjnym związku z żeńskimi narządami rozrodczymi kobiety. Prof. Godlewski cytował dalej analogiczne przykłady skorelowania różnych cech morfologicznych i fizyologicznych z systemem nerwowym, który daje obraz podobny do zjawisk, jakie obecnie zostały ujęte przez prof. Rosnera.

2) Kol. prof. Ciechanowski sądzi, że do trzech punktów programu przyszłych badań, podanych przez prelegenta, należałoby dodać dwa dalsze punkta. Jednym byłoby uwzględnienie w badaniach wpływu rasy, drugim — badania anatomiczne na stole sekcyjnym w zestawieniu ze spostrzeżeniami, zebranemi w tychże przypadkach klinicznie, za życia. Prelegent wspomniał, że w dotychczasowych badaniach nie rozpatrywał wpływów ubocznych, jak życia na wsi, a w mieście, sposobu żywienia się, zawodu, ani wpływu rasy; jednakże ze wszystkich wymienionych jest wpływ rasy w danym problemie najważniejszy, o wiele ważniejszy od innych wpływów, jak zresztą już stwierdzono co do szeregu konstytucyi patologicznych. Co do drugiego punktu, to jest wzbogacenia badań spostrzeżeniami anatomicznemi, to oczywiście może być mowa tylko o współdziałaniu klinicysty i anatoma; w poszukiwaniach zaś anatomicznych trzebaby gromadzić nietylko dane, dotyczące narządów rodnych i trzeciorzędnych cech płciowych, ale też badać korelacyę gruczołu płciowego z całym systemem gruczołów dokrewnych (gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu), zwłaszcza zaś z tymi gruczołami, których ściślejszy z narządem płciowym stosunek nie ulega już wątpliwości (przysadka, tarczyca i t. d.). Tylko zaś przy pomocy badań anatomicznych możnaby może dojść do pewniejszych wniosków w sprawie stosunku konstytucyi płciowej do niektórych spraw chorobowych narządów płciowych, do konstytucyi nowotworowej — jeśli o niej mówić można —, i t. p., a wreszcie — do stanu całego ustroju, t. j. wszystkich jego narządów.

3) Kol. prof. Piltz sądzi, że zamiast o silnej, — słuszniej będzie chyba mówić o prawidłowej konstytucyi płciowej, gdyż fakt, że niektóre cechy płciowe są silnie zaznaczone, nie zawsze świadczy o tem, żeby konstytucya płciowa była prawidłowa. Jego zdaniem konstytucyę płciową można ujmować tylko jako całość, składającą się z trzech grup pierwiastków, a mianowicie anatomicznych, fizyologicznych i psychicznych, ściśle i nierozdzielnie ze sobą związanych i wzajemnie na siebie oddziaływających. Prawidłowe warunki, panujące w jednej z tych trzech grup, nie rozstrzygają jeszcze o tem, czy dana konstytucya płciowa jest rzeczywiście prawidłowa. Somatyczne cechy konstytucyjne narządów rozrodczych, w tak jasny sposób wykryte i ustalone przez znakomite długoletnie obserwacye prof. Rosnera, pozostaną niewątpliwie podstawą mniej lub więcej prawidłowej konstytucyi płciowej kobiety, ale o niej nie będą rozstrzygać w zupełności, ponieważ w przypadkach, w których niema prawidłowych stosunków w grupie pierwiastków psychicznych i harmonijnego wzajemnego współustosunkowania pomiędzy poszczególnemi grupami tych pierwiastków, o prawidłowej konstytucyi płciowej mówić nie będziemy mogli. Wychodząc z założenia, że cechami konstytucyjnemi są tylko cechy ważne, głębokie, istotne i tylko takie, które w rozwoju filogenetycznym tylko bardzo powolnym ulegają zmianom, zapytuje mówca, czy cechy, które prof. Rosner wykrył, rzeczywiście mają właściwość cech konstytucyonalnych, t. j. czy posiadają one znamiona cech rodzinnych, powtarzających się przez kilka pokoleń?

Co do wypowiedzianego przez prelegenta zapatrywania, iż badania erotyki pozostawić należy jedynie psychiatrze, podnosi Piltz, że zdaniem jego, uwzględnianie i badanie psychicznych przejawów życia seksualnego kobiety należy w równej mierze do zadań ginekologa, jak i psychiatry. Jedynie zboczenia w tej dziedzinie mogą wchodzić w wyłączny zakres badań psychiatrycznych. (Streszczenie własne).

4) Kol. prof. Gliński: Prof. Rosner w swych niezmiernie interesujących badaniach nad konstytucyą płciową kobiety oparł się na przejawach funkcyonalnych. Dla całości obrazu byłoby niezmiernie interesującem zastawienie tych badań z odpowiedniemi, dotychczas niestety tylko dorywczo prowadzonemi badaniami anatomicznemi; te ostatnie jednakże nie powinny się ograniczać do badania tylko narządów i cech płciowych, lecz winny uwzględnić jednocześnie dokładne badanie narządów wewnętrznego wydzielania, zwłaszcza zaś przysadki mózgowej: ta ostatnia — jak wiadomo — podczas tak ważnej funkcyi, jak ciąża, ulega bardzo charakterystycznym zmianom, co wskazuje nam na jej ścisły związek z narządami rodnymi, względnie ze sferą płciową.

5) Kol. Glassner zaznacza, że jeśli prelegent dla określenia konstytucyi płciowej przyjmuje definicyę Martiusa, to przedstawione wywody i badania nie wypełniają treści, podanej przez Martiusa; tenże bowiem uważa konstytucyę osobnika, jako sposób specyficznego odczynu fizyologicznego albo nawet i patologicznego na wpływy zewnętrzne; ten odczyn najlepiej wyraża ułamek, którego licznikiem jest sprawność ogólna, a mianownikiem obciążenie tej sprawności. Badania prelegenta szły przeważnie po linii sprawności i wydajności czynnościowej narządów rozrodczych z nieznacznem uwzględnieniem obciążenia, a z pominięciem tego bogatego zbioru zjawisk, które bezpośrednio nie mają stycznej z czynnością rozrodczą, a jednak są bardzo ważną składową konstytucyi płciowej. Cały zawiły problem seksualizmu został prawie pominięty, problem, który jest trwałym ośrodkiem badań i interpretacyi literatury, filozofii, psychologii i psychopatologii. Ileż to ciekawych myśli i głośnych prac łączy się z takiemi nazwiskami, jak: Schopenhauer, Nietsche, Weininger, Eulenburg, Block, Nisch, Stekel i t. d.! Wszak niektórzy cały charakter umysłowości jednostki opierają na konstytucyi płciowej i odwrotnie. Ze sfery psychicznej płyną ustawicznie bodźce ku narządom płciowym i odwrotnie od narządów płciowych ku sferze psychicznej; jeśli do tego dodamy ważną rolę, jaką w normowaniu tego stosunku odgrywa harmonia, względnie dysharmonia korelacyjna innych gruczołów wewnętrznego wydzielania, dopiero można pojąć, jak żmudne i różnorodne muszą być badania dla oznaczenia konstytucyi płciowej. Cenne badania prelegenta są ważnym, dotychczas mało uwzględnionym przyczynkiem ginekologicznym do oświetlenia sprawy konstytucyi płciowej, ale bez uwzględnienia innych, wyżej wspomnianych czynników kwestyi, objętej dzisiejszym odczytem, nie przesądzają.

6) Kol. Borowiecki podnosi znaczenie badania anomalii konstytucyi narządów płciowych kobiety ze względu na możliwość ich korrelacyi z anomaliami układu nerwowego. Jest to najwyraźniejsze w przypadkach potworności mózgowych, (anencephalia, arhinencephalia i t. d.), w których i inne narządy wykazują zazwyczaj znaczne zaburzenia rozwojowe. Korrelacya ta jest mniej wyraźna, o ile wady rozwojowe są mniej znaczne. Mówi się wtedy w neurologii i psychiatryi o t. zw. stigmata degenerationis. Wprawdzie ich znaczenie wielkie nie jest, mogą one, o ile występują licznie i wyraźnie, rzucać światło na pochodzenie konstytucyonalne sprawy nerwowej.

7) Kol. prof. Klecki zwraca uwagę na ważność badań nad konstytucyą płciową ze względu na choroby innych narządów i zapytuje, czy w przypadkach mięśniaków macicy u osób o rozmaitej konstytucyi nie zaznaczały się jakieś różnice w zachowaniu się tarczycy. W końcu nadmienia o różnicach, jakie zachodzą

we wzroście komórek rakowych a prawidłowych u tego samego ustroju pod wpływem czynników, osłabiających wzrost w ogólności.

8) Kol. doc. Zubrzycki przypisuje stworzeniu przez prof. Rosnera pojęcia konstytucyi płciowej narządów rodnych kobiety doniosłe znaczenie w pierwszym rzędzie dlatego, że przyczyni się ono bezwarunkowo do wytłómaczcnia całego szeregu poruszonych przez prelegenta, niejasnych jeszcze spraw w fizyologii narządów rodnych kobiety i do ugruntowania naszych poglądów na ich prawidłowe czynności.

9) Następnie zabierał głos kol. Oszacki.

10) Kol. prof. Ciechanowski nie sądzi, aby z faktu, iż pewien typ ma właściwości, zmniejszające jego mnożność, ewentualnie więc wiodące do wyginięcia typu, wolno było wnosić, iż te własności nie stanowią konstytucyi (jak to twierdzi kol. Oszacki) w znaczeniu, podanem przez kol. Rosnera. Również nie mógłby się kol. C. zgodzić na zdanie, jakoby cechy, podawane przez kol. Rosnera, świadczyły tylko o chorobowych zmianach jajnika, a nie wystarczały do przyjęcia »konstytucyi« płciowej pewnego rodzaju.

11) Prócz tego w dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. prof. Kostanecki i Oszacki.

12) Kol. prof. Rosner reaguje przedewszystkiem na uwagę, zawartą w przemówieniach kol. Piltza i Oszackiego, a mianowicie, czy to wszystko, co podał jako wadliwe cechy konstytucyonalne, nie jest poprostu zmianą chorobową, nie mającą żadnego związku ze stanem konstytucyjnym. Otóż istotnie, jak słusznie mówi kol. Piltz, roztrzygnie tu może stwierdzenie dziedziczności tych cech. Jest ono w naszych przypadkach niełatwe, gdyż dowiedzenie się od badanej chorej, czy jej matka, babka, czy siostra miewa punktualne i obfite peryody, czy i w jakich rozmiarach ma owłosienie męskie, i t. d. nie często się udaje. Mimo to jednak mógł Rosner w wielu przypadkach stwierdzić na podstawie wywiadów, że właściwości, które nazwał konstytucyonalnemi, istotnie w rodzinach się powtarzają.

Uwagi kol. Oszackiego, jakoby cechy seksualizmu »in minus« nie miały warunków utrzymywania się w szeregu pokoleń, jakoby skazane one były na wymarcie przez to właśnie, że kobiety te okazują mniejszą siłę rozrodczą, nie uważa Rosner za usprawiedliwioną. Osoby te bynajmniej nie są stale niepłodne, jak z przytoczonych cyfr zresztą wynika, a to, że mają na ogół mało dzieci, nie przeszkadza temu, żeby cechy ich konstytucyi miały się dziedziczyć. Natomiast z wywodów kol. Oszackiego można wyprowadzić wniosek, że konstytucyjna słabość narządów płciowych nie może zataczać szerokich kręgów i że właśnie w tem, iż płodność jest nieduża, istnieje pewna regulacya, trzymająca tę dla istnienia gatunku ludzkiego niebezpieczną wadę konstytucyonalną w ciasnych granicach.

Na uwagę kol. Piltza, że i ginekolog zajmować się musi sferą erotyzmu kobiecego, zgadza się prelegent, przyznając, że za daleko poszedł mówiąc, iż ta rzecz obchodzi tylko neurologów. Natomiast zgodnie ze zdaniem kol. Piltza uważa zboczenia w tej dziedzinie za teren działania neurologa, nie ginekologa.

Nieporozumienie między kol. Piltzem i Glassnerem a prelegentem co do roli erotyzmu w konstytucyi płciowej polega zdaniem Rosnera na tem, że prelegent ogranicza teren badania do narządów płciowych, uważając korę mózgową za siedzibę erotyzmu. Chodzi więc o nazwę. Konstytucya erotyczna jest czem innem, niż konstytucya seksualna, i nie zachodzi zdaniem Rosnera żadna potrzeba łączenia tych dwóch pojęć w jedną grupę. Między zjawiskami tych dwóch konstytucyi nie ma zresztą żadnej równoległości, a jakby z przytoczonych cyfr wynikało, istnieje raczej antagonizm.

Na pytanie kol. prof. Kleckiego odpowiada prelegent, że wól i mięśniaki macicy kombinują się często i że w wielu przypadkach wól znika uderzająco szybko po doszczętnem usunięciu macicy i jajników. Czy istnieją jakie różnice, zależnie od konstytucyi płciowej pacyentki, tego prelegent nie wie, gdyż na to nie zwracał uwagi.

Z wywodami kolegów Ciechanowskiego i Glińskiego zgadza się prelegent w zupełności, uznając, że badania anatomiczno-histologiczne nietylko odleglejszych narządów jak n. p. przysadki mózgowej, ale wprost jajników, byłoby bardzo pożądane i ważne wobec faktu, że wielkość ich, dająca się klinicznie wybadać, nie dowodzi ich sprawności.

Wszystkim kolegom biorącym udział w dyskusyi dziękuje prelegent za uwagi, które uważa za bardzo cenne. (Streszczenie własne).

Sekr. dor. Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 lutego 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

I. Wybór delegatów do Komitetu odbudowy sanitarnej kraju. Wybrani: kol. Hornowski i kol. Raczyński.

II. Wybór delegata do komisyi kontrolującej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Wybrany: kol. Czyżewicz.

III. Przewodniczący poświęca kilka słów pamięci zmarłego kol. Kazimierza Berezowskiego, jednego z najstarszych członków Towarzystwa. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

IV. Kol. Orzechowski przedstawił i omówił przypadek **kurczu torsyjnego.** (Przypadek będzie opublikowany w całości).

W dyskusyi przemawiali kol. Rothfeld i kol. Halban.

V. Kol. Schusterówna omawia szczegółowo **przypadek ostrej nosacizny** u człowieka, przyczem przedstawia preparaty makroskopowe i mikroskopowe. Przypadek dotyczył ewakuowanego rolnika, który uległ zakażeniu nosacizną najprawdopodobniej w czasie kilkudniowego pobytu w wagonie kolejowym, w którym przedtem przewożono konie. Prawdopodobnie po 6 dni trwającem wylęganiu pierwsze zmiany miejscowe wystąpiły na palcu i ręce prawej, potem wystąpiły zmiany na skórze twarzy i tułowia pod postacią guzków i pęcherzyków, następnie ulegających rozpadowi, a także objawy ze strony nosa. Zmianom tym towarzyszyły objawy ogólnej posocznicy. Śmierć nastąpiła w 8. dniu choroby. W rozcierkach treści pęcherzyków za życia chorego stwierdzono laseczniki. Badanie bakteryologiczne pośmiertne potwierdziło rozpoznanie nosacizny. Na sekcyi stwierdzono zmiany zapalne z bardzo znacznym obrzękiem oraz guzkami błony śluzowej nosa i jam sąsiednich. Nadto znajdowały się obok wspomnianych zmian na skórze małe guzki w płucach. Zresztą obraz posocznicy. Drobnowidowe badanie dało obrazy charakterystyczne dla ostrej nosacizny. Kol. Sch. omawia przy tej sposobności na podstawie swego przypadku oraz dość szczupłego piśmiennictwa przebieg ostrej nosacizny u człowieka oraz zmiany anatomiczne, w chorobie tej stwierdzane. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Schramm omawia stronę kliniczną przypadku.

VI. Kol. Barącz w dyskusyi nad przypadkiem ostrej nosacizny wspomina o swoim przed 26 laty we Lwowie spostrzeganym przypadku **przewlekłej nosacizny** u człowieka. Dotyczył on 57-letniego ekonoma, który wrzekono przed 15 laty bezpośrednio po wyjęciu zęba przez szewca zachorował wśród objawów: obrzęku policzka, ropnej wydzieliny z nosa i uszu i wysokiej gorączki. Wkrótce objawy te ustąpiły, jednakże od czasu do czasu, osobliwie na wiosnę i w jesieni, powstawały twarde niebolesne guzy wielkości grochu, powiększające się do wielkości orzecha włoskiego, otwierające się samoistnie i zamieniające się na uporczywe wrzody, pojawiające się osobliwie na twarzy, na brodzie i szyi. W 7 lat później po raz pierwszy powstawały krosty na nosie i wrzody na przegrodzie nosowej, które potem ustąpiły na dłuższy przeciąg czasu. W kilka lat później wystąpiły podobnie zachowujące się nowe guzy w dołkach nadobojczykowych, które po operacyi, dokonanej w szpitalu w Zaleszczykach, ustąpiły i chory czuł się przez 5 lat względnie zdrowym. Do Polikliniki zgłosił się po raz pierwszy w sierpniu 1892 z zatkaniem obu nozdrzy wiotką, bardzo wybujałą ziarniną, przypominającą tocznia przerostowego (lupus hypertrophicus), która po wyskrobaniu nozdrzy odrastała. Badanie bakteryologiczne tej ziarniny co do gruźlicy (ś. p. prof. dr Feigel) dało wynik ujemny, jak również i treści ropni. Pojawianie się coraz to nowych, z początku twardych, później rozmiękających guzów w stosunkowo krótkich odstępach czasu w miejscach, w których gruźlica się usadawia (policzek), wygląd ropy wypróżnionej i ujemny wynik jej badania co do prątków gruźliczych, zaprzeczenie przebycia kiły, oraz obraz chorobowy, dla kiły mało charakterystyczny, wzbudziły podejrzenie przewlekłej nosacizny i zachęciły do przedsięwzięcia badań bakteryologicznych w Akademii weterynaryi wspólnie z kol. Szpilmanem. Gdy hodowle na ziemniakach z ropnia policzka oraz szczepienia świnek morskich dały dodatnie wyniki, rozpoznanie nie ulegało już wątpliwości.

W dalszym przebiegu choroby prócz zmian w błonie śluzowej nosa występowały podobnie jak poprzednio zachowujące się ropnie na twarzy, wargach, szyi, w dołkach nadobojczykowych i nad mostkiem, później nacieki nad kostką zewnętrzną goleni prawej, na pośladku, w górnej części uda, zatem obszar chorobowy, charakterystyczny dla postaci, znanej pod nazwą przewlekłego tylczaka (farciminium chronicum). W narządach wewnętrznych prócz rozedmy płuc i miażdżycy tętnic zmian nie

znaleziono. Chory ciągle gorączkował, tor gorączki był zwalniający, a ciepłota czasami dochodziła do 39°, przytem szczyt (acme) gorączki nie przypadał w pewnej określonej porze dnia. W porozumieniu z kol. L. Gluzińskim i Prusem podawano choremu jodoform i salicylan sodowy bez widocznego skutku, następnie rozczyn Fowlera, wreszcie kreozot, a zewnętrznie zastosowano wcierania szaruchy. Po tych wcieraniach nastąpiła wybitna poprawa tak stanu ogólnego, jak i zmian miejscowych. Chory dostał jednak nagle silnej biegunki, wystąpił zapad i chory zmarł. Sekcyi nie wykonano. Przy końcu życia chorego tylko objawy ze strony nosa zaostrzyły się, wystąpiło przedziurawienie przegrody nosowej, a z nozdrzy wylewała się posokowata cuchnąca wydzielina.

We krwi chorego znaleziono tylko zwiększoną ilość leukocytów; żadnych drobnoustrojów we krwi nie wykazano.

Wstrzykiwań malleiny (substancyi podobnej do tuberkuliny, sporządzonej z zawiesiny hodowli w wodzie i glicyrynie) nie stosował kol. B., ponieważ doświadczenia Prusa przemawiały nawet przeciw jej wartości rozpoznawczej, ponieważ według niego ma ona działać trująco przez rozpuszczenie hemoglobiny czerwonych ciałek krwi, a wreszcie z obawy przed zbyt silnym odczynem u wyniszczonego i gorączkującego chorego.

Przypadek ten wyróżniał się od innych znanych 1) nadzwyczaj długiem trwaniem choroby, 2) tem, że na przeciąg 5 lat miały ustąpić zmiany i objawy chorobowe (tylko Hallopeau wspomina o 3-letnim okresie utajenia choroby), wreszcie 3) znacznem zajęciem gruczołów chłonnych.

Rozpoznanie przewlekłej nosacizny w niektórych przypadkach może, pomimo przedsięwziętych hodowli, być połączone ze znacznemi trudnościami, jeżeli chodzi o zakażenie mieszane i choroba przebiega pod postacią skrytej posocznico-ropnicy. Jako dowód na to przytacza kol. Barącz dwa znane przypadki, dotyczące kolegów: Dra Laskowskiego z Kielc i Dra Jawdyńskiego z Warszawy, z których pierwszy uległ przyostrej, drugi zaś ostrej nosaciźnie, zakaziwszy się przy operacyi, dokonanej na Drze Laskowskim. Oba przypadki, których krótkie historye choroby kol. Barącz przytacza, dały powód do polemiki pomiędzy ordynującymi lekarzami, z których jedni rozpoznawali zapalenie septyczne skryte na podstawie ujemnego wyniku badań bakteryologicznych, drudzy zaś nosaciznę na podstawie dodatniego wyniku ponownie przeprowadzonych doświadczeń. Ponieważ choroba Dra Laskowskiego odpowiadała objawom przyostrego tylczaka, a Jawdyński zaciął się podczas operacyi Laskowskiego i wkrótce potem zachorował na nosaciznę, nie ulega wątpliwości, że także Laskowski uległ nosaciźnie.

W swoim przypadku użył kol. Barącz do hodowli ropy z ropnia policzka, nacieku na goleni chorego, oraz z ropni z jąder, guzków sieci większej i nacieków śledziony i wątroby świnek morskich. Hodowle udawały się doskonale na ziemniakach gotowanych i agarze glicerynowym, w braku termostatu przy ciepłocie pokojowej (20°—25° R.), i tworzyły żółtawy przeźroczystawy pokład, który po kilku dniach przybierał wejrzenie miodu, po kilku następnych dniach zabarwienie rdzawe, a później jasno- wreszcie ciemnobrunatne.

Wprowadzenie gotowanych ziemniaków jako pożywki dla prątków nosaciznowych jest wielką zasługą prof. Weichselbauma, gdyż pozwala lekarzowi praktycznemu w stosunkowo krótkim czasie ustalić rozpoznanie i upraszcza badanie, umieszczając bowiem skrawki ziemniaków na talerzu pod kloszem szklanym w ciepłym pokoju, otrzymać można czyste hodowle.

Co do szczepionych 5 świnek morskich (samców), którym szczepiono ropę roztartą z bulionem w kieszonkę na czole i do jamy otrzewnej, to wynik szczepienia u wszystkich był dodatni, co potwierdził rozwój charakterystycznych hodowli i badanie bakteryologiczne. U czterech świnek przebieg był bardziej przewlekły, a od czasu szczepienia do śmierci zwierzęcia upłynęło od 23—137 dni. Tylko jedna padła po 24 godzinach (prawdop. ostre zatrucie toksynami bakteryi nosaciznowych). U wszystkich występowało znaczne wychudnienie, powiększenie śledziony i wątroby, charakterystyczne nacieki tak w miejscach szczepienia, jak i w otrzewnej, wątrobie, śledzionie, płucach i gruczołach chłonnych, osobliwie na szyi. Co do objawu Straussa: szybkiego występowania zmian chorobowych w osłonkach jąder, to mowca nie może tego na podstawie swojego doświadczenia potwierdzić, gdyż w jądrach występowały stosunkowo późno charakterystyczne zmiany.

Kol. Barącz przedstawia preparaty drobnowidowe z czystej hodowli prątków nosaciznowych swojego przypadku i fotografię chorego. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Gluziński przestrzega przed trudnością w rozpoznaniu i wspomina o przebiegu klinicznym nosacizny u kol. Laskowskiego i Jawdyńskiego. — Kol. Nowicki nawiązując do uwag kol. Barącza co do rozpoznania, zwraca uwagę na metodę konglutynacyjną, podaną w r. 1912 przez Reitera i Webera.

W odpowiedzi kol. prof. Gluzińskiemu stwierdza kol. Barącz, że przez cały czas obserwacyi swojego przypadku zauważył stan gorączkowy. W odpowiedzi kol. Nowickiemu sądzi, że w celach leczniczych należałoby i przy nosaciźnie próbnie zastosować szczepionki z zabitych bakteryi sposobem Wrighta.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 10. kwietnia 1918** o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: Doc. Mayer: Obrazy rentgenologiczne gruźlicy płuc.

Nadesłane.

Konkurs.

„Ausschreibung einer Werksarztenstelle“

Bei der k. k. **Bergdirektion Brzeszcze** (polit. Bezirk Oświęcim) gelangt vom 1. Mai 1918 die Stelle eines Werksarztes im Verhältnisse eines Vertragsbeamten zur Besetzung.

Bewerber österreichischer Staatsangehörigkeit unter 40 Jahren, die das medizinische Doktorat an einer österreichischen Universität erlangt haben und der deutschen und polnischen Sprache in Wort und Schrift mächtig sind, haben ihre Angebote mit Angabe der Gehaltsansprüche und des Lebenslaufes bei der k. k. Bergdirektion der Steinkohlengewerkschaft Brzeszcze **bis 10. April 1918** einzureichen.

K. k. Bergdirektion der Steinkohlen-Gewerkschaft Brzeszcze.

Der k. k. Bergdirektions-Vorstand:
i. w. 242

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.